

NE PAS ÉCRIRE DANS LES ZONES OMBRÉES DE CE FORMULAIRE DE RECERTIFICATION

CENTER/ OFFICE	INTERVIEW DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	DISTRICT	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR
CASE NAME					EFFECTIVE DATE	DISPOSITION <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):					DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):		DATE	REASON CODE
DATE RECEIVED BY AGENCY		EMPLOYED BY:			<input type="checkbox"/> SOCIAL SERVICES DISTRICT		<input type="checkbox"/> PROVIDER AGENCY SPECIFY:		
PA AUTHORIZATION PERIOD			MA AUTHORIZATION PERIOD			SNAP AUTHORIZATION PERIOD			
FROM		TO	FROM		TO	FROM		TO	

FORMULAIRE DE RECERTIFICATION AUX ALLOCATIONS ET SERVICES DE L'ÉTAT DE NEW YORK

Si vous êtes aveugle ou avez une déficience visuelle grave et que vous avez besoin de ce formulaire de recertification dans un autre format, vous pouvez en demander un auprès de votre district de services sociaux. Pour de plus amples informations concernant les types de formats disponibles et la manière dont vous pouvez demander un formulaire de recertification dans un autre format, consultez le manuel d'instructions (PUB-1313 Statewide) disponible à l'adresse www.otda.ny.gov ou <https://www.health.ny.gov/>.

Si vous êtes aveugle ou avez une déficience visuelle grave, souhaitez-vous recevoir les avis écrits dans un autre format ?

Oui Non

Si oui, veuillez cocher le type de format de votre choix :

- Gros caractères CD de données
 CD audio Braille, si vous déclarez qu'aucun des autres formats ne sera aussi efficace pour vous

Si vous avez besoin d'autres adaptations, veuillez contacter votre district de services sociaux.

Nous nous engageons à vous aider et à vous soutenir d'une manière professionnelle et respectueuse. Vous êtes responsable de participer à des activités, notamment des activités professionnelles pour l'Assistance publique et le Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), lorsque cela est nécessaire, afin d'être en mesure de subvenir à vos besoins. Chaque fois que vous voyez « Assistance publique » ou « AP » sur le formulaire de recertification, cela signifie « Assistance familiale » ou « Assistance « filet de sécurité » ». Nous appelons ces deux programmes « Assistance publique ». Ces programmes d'AP sont destinés à vous aider uniquement jusqu'à ce que vous puissiez subvenir entièrement à vos besoins et à ceux de votre famille. **Veillez vous reporter au manuel d'instructions (PUB-1313 Statewide) et aux manuels « Ce que vous devez savoir » 1, 2 et 3 (LDSS-4148A, LDSS-4148B et LDSS-4148C) lorsque vous remplissez ce formulaire de recertification, et contactez votre district de services sociaux si vous avez des questions.**

Lorsque vous voyez « AM » sur le formulaire de recertification, cela signifie « Medicaid » (assistance médicale). Vous pouvez faire une demande d'AM à l'aide de ce formulaire de recertification uniquement si vous demandez également une recertification pour l'Assistance publique ou le Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire en même temps. Si vous souhaitez soumettre une recertification pour l'AM uniquement, vous pouvez vous rendre en ligne sur <https://nystateofhealth.ny.gov/> ou appeler le 1-855-355-5777 pour obtenir plus d'informations ou soumettre une demande de recertification. Vous pouvez également utiliser le formulaire de demande imprimé DOH-4220 pour l'AM uniquement, que votre agent(e) peut vous remettre, ou encore appeler la ligne d'assistance AM au 1-800-541-2831. Si vous souhaitez soumettre une recertification pour le programme d'épargne Medicare (Medicare Savings Program, MSP) uniquement, vous devez déposer une demande à l'aide du formulaire DOH-4328, que votre agent(e) peut vous remettre. Si vous avez un besoin immédiat de services de soins personnels, vous devez déposer une demande d'AM séparément en utilisant le formulaire MA DOH-4220.

SECTION 1 COCHEZ CHAQUE PROGRAMME POUR LEQUEL VOUS OU UN MEMBRE DE VOTRE FOYER SOUHAITEZ SOUMETTRE UNE RECERTIFICATION		<input type="checkbox"/> Assistance publique (AP) <input type="checkbox"/> Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP) <input type="checkbox"/> Medicaid (AM) et SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid (AM) et AP						
SECTION 2							SECTION 5 UNE OU PLUSIEURS DE CES SITUATIONS VOUS CONCERNENT-ELLES ? <input type="checkbox"/> Enceinte 1 <input type="checkbox"/> Victime de violence domestique 2 <input type="checkbox"/> Besoin d'établir la filiation 3 <input type="checkbox"/> Besoin des services d'aide à l'enfance 4 <input type="checkbox"/> Problème de toxicomanie/ d'alcoolisme 5 <input type="checkbox"/> Coupure du carburant ou des services publics 6 <input type="checkbox"/> Pas de logement/sans abri 7 <input type="checkbox"/> Incendie ou autre catastrophe 8 <input type="checkbox"/> Aucun revenu 9 <input type="checkbox"/> Problème médical grave 10 <input type="checkbox"/> Expulsion imminente 11 <input type="checkbox"/> Pas de nourriture 12 <input type="checkbox"/> Besoin d'une famille d'accueil 13 <input type="checkbox"/> Besoin de services de garde d'enfants 14 <input type="checkbox"/> Problèmes avec l'anglais 15 <input type="checkbox"/> Aménagements raisonnables 16 <input type="checkbox"/> Autre _____ 17	
QUELLE EST VOTRE LANGUE MATERNELLE ? <input type="checkbox"/> ANGLAIS <input type="checkbox"/> ESPAGNOL <input type="checkbox"/> AUTRE (précisez) _____			VOULEZ-VOUS RECEVOIR DES AVIS EN : <input type="checkbox"/> ANGLAIS UNIQUEMENT <input type="checkbox"/> ANGLAIS ET ESPAGNOL					
SECTION 3 INFORMATIONS SUR LE BÉNÉFICIAIRE ÉCRIVEZ LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE								
PRÉNOM		INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM		NOM DE FAMILLE		ÉTAT CIVIL		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE () INDICATIF RÉGIONAL
RUE			N° APT	VILLE	COMTÉ	ÉTAT		CODE POSTAL
À L'ATTENTION DE (NOM) (À REMPLIR SI VOUS RECEVEZ VOTRE COURRIER AUX SOINS D'UNE AUTRE PERSONNE)								
ADRESSE POSTALE (SI DIFFÉRENTE DE L'ADRESSE SUSMENTIONNÉE)			N° APT	VILLE	COMTÉ	ÉTAT		CODE POSTAL
DEPUIS COMBIEN DE TEMPS HABITEZ-VOUS À VOTRE ADRESSE ACTUELLE ?	ANS	MOIS	S'AGIT-IL D'UN REFUGE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OU L'ON PEUT VOUS JOINDRE	NOM	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE () INDICATIF RÉGIONAL		
ITINÉRAIRES POUR SE RENDRE À L'ADRESSE ACTUELLE								
ANCIENNE ADRESSE			N° APT	VILLE	COMTÉ	ÉTAT		CODE POSTAL
SI VOUS ETES ACTUELLEMENT SANS LOGEMENT, COCHEZ ICI <input type="checkbox"/>								
AGENCE QUI AIDE LE DEMANDEUR/PERSONNE À CONTACTER						NUMÉRO DE TÉLÉPHONE () INDICATIF RÉGIONAL		
LA PARTIE MEDICAID DE CE FORMULAIRE DE RECERTIFICATION ET LA RÉCEPTION ÉVENTUELLE D'UNE COUVERTURE MEDICAID DOIVENT-ELLES RESTER CONFIDENTIELLES ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON								
INDIQUEZ LES CHANGEMENTS SURVENUS DEPUIS VOTRE DEMANDE OU VOTRE DERNIÈRE RECERTIFICATION (par exemple, déménagement, naissance d'un enfant, revenus, etc.) _____								
SECTION 4 - Si vous déposez une nouvelle demande d'allocations SNAP : Vous pouvez déposer un formulaire de recertification le jour où vous le recevez. Pour pouvoir déposer un formulaire de recertification SNAP, il doit comporter, au minimum, votre nom, votre adresse (si vous en avez une) et votre signature ci-dessous. Vous devez suivre la procédure de recertification, notamment signer la dernière page du formulaire et passer un entretien. Si vous êtes admissible, vous recevrez des allocations SNAP à la date à laquelle vous avez déposé votre demande de recertification. Vous devez être informé(e), dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle vous avez remis (déposé) votre demande de recertification pour les allocations SNAP, si votre recertification est approuvée ou refusée. Si votre foyer a peu ou pas de revenus ou de liquidités, ou si vos dépenses de loyer et de services publics sont supérieures à vos revenus et à vos liquidités, vous pouvez avoir droit à des allocations SNAP dans les cinq jours civils suivant la date de dépôt de votre demande. Si vous êtes résident(e) d'une institution et que vous faites une nouvelle demande de revenu de sécurité supplémentaire (Supplemental Security Income, SSI) et d'allocations SNAP avant de quitter l'institution, la date de dépôt de la recertification est la date à laquelle vous quittez l'institution.								
SIGNATURE DU/DE LA BÉNÉFICIAIRE/REPRÉSENTANT(E) SNAP					DATE DE SIGNATURE			
x								

SECTION 6 – INFORMATIONS SUR LE FOYER – - Indiquez toutes les personnes qui vivent avec vous, même si elles ne soumettent pas de recertification avec vous. Indiquez votre nom sur la première ligne.

Cette personne (y compris les enfants mineurs) achète-t-elle de la nourriture ou prépare-t-elle des repas avec vous ?

Niveau scolaire le plus élevé atteint

Numéro de sécurité sociale des membres du foyer qui **soumettent une recertification** (Consultez le manuel d'instructions, PUB-1313 Statewide, ou parlez à votre district de services sociaux)

RI	LN	Prénom, initiale du deuxième prénom, nom	Cette personne soumet une recertification pour :			Date de naissance : (jj/mm/aaaa)	Sexe : (H/F)	Identification sexuelle (facultatif) : (homme, femme, non-binaire, X, transgenre, autre identité [précisez])	Lien de parenté avec vous :	OUI	NON
			AP	SNAP	AM						
	01								MOI-MÊME		
	02										
	03										
	04										
	05										
	06										
	07										
	08										

VEUILLEZ INDICER LES NOMS DE JEUNE FILLE OU AUTRES SOUS LESQUELS VOUS OU UNE PERSONNE DE VOTRE FOYER AVEZ PU ÊTRE CONNUS

N° de ligne	ONC	PRÉNOM	INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM	NOM DE FAMILLE

SECTION 7

QUELQU'UN A-T-IL **EMMÉNAGÉ** DANS VOTRE FOYER AU COURS DE L'ANNÉE DERNIÈRE ? OUI NON
SI OUI, INDIQUEZ-LE CI-DESSOUS.

CETTE PERSONNE A-T-ELLE DÉJÀ VÉCU DANS L'ÉTAT DE NEW YORK AVANT AUJOURD'HUI ?

QUELQU'UN A-T-IL **QUITTÉ** VOTRE FOYER AU COURS DE L'ANNÉE DERNIÈRE ? OUI NON SI OUI, INDIQUEZ-LE CI-DESSOUS.

NOM	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	NOM	QUAND ?

IS ANYONE SANCTIONED?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, WHO	REASON	END DATE

NON-APPLICANT INFORMATION

LN	FIRST NAME	LAST NAME	LEGALLY RESPONSIBLE		FOR WHOM?	CONTRIBUTION/ DEEMED INCOME	CHECK IF MEMBER OF SNAP HOUSEHOLD
			YES	NO			

NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION

INDIVIDUAL EDUCATION

CONSIDER

LN	NON-CITIZEN STATUS	STATUS ADJUSTED			DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED		LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	✓ RCA/RMA REFERRAL
		YES	NO	MONTH	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO						
												01		05		
												02		06		
												03		07		
												04		08		

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette page avant de la remplir. Si vous avez des questions, consultez le manuel d'instructions (PUB-1313 Statewide) ou parlez à votre district de services sociaux.

SECTION 9 – CITOYEN(NE)/NON-CITOYEN(NE) AYANT UN STATUT D'IMMIGRATION SATISFAISANT	SECTION 10 – CERTIFICATION						
<p>ÉNUMÉREZ TOUTES LES PERSONNES QUI SOUMETTENT UNE RECERTIFICATION OU QUI SONT TENUES DE LE FAIRE.</p>	<p>Pour certains programmes de services sociaux, vous devez certifier que vous êtes un(e) citoyen(ne) américain(e), un(e) Amérindien(ne) ou un(e) ressortissant(e) des États-Unis, ou encore une personne non citoyenne ayant un statut d'immigration satisfaisant. Ce n'est pas le cas pour d'autres programmes.</p> <p>Vous <u>DEVEZ</u> signer la certification ci-dessous uniquement si vous êtes un(e) citoyen(ne) américain(e), un(e) Amérindien(ne) ou un(e) ressortissant(e) des États-Unis, ou encore une personne non citoyenne ayant un statut d'immigration satisfaisant, et si vous soumettez une recertification pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'Assistance publique (lorsqu'il y a des enfants dans le foyer ou qu'une femme du ménage est enceinte), ou ; • le Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), ou ; • Medicaid (<u>sauf</u> si la demandeuse est enceinte). <p>Un membre adulte du ménage ou un(e) représentant(e) autorisé(e) peut signer pour tous les membres du foyer. <u>Exemple</u> : Un parent n'ayant pas un statut de personne non-citoyenne satisfaisant peut signer pour son enfant ayant un statut de personne non citoyenne satisfaisant.</p>						
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">NEEDED</th> <th style="width:60%;">REFERRALS</th> <th style="width:25%;">COMPLETED</th> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)</td> <td></td> </tr> </table>	NEEDED	REFERRALS	COMPLETED		Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)	
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED					
	Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)						

Une recertification pour l'allocation SNAP doit énumérer toutes les personnes vivant dans le foyer admissible au programme SNAP. Une recertification pour l'AP doit énumérer tous les enfants pour lesquels vous soumettez une recertification, leurs frères et sœurs, et tous les parents de ces enfants qui vivent ensemble. Si vous ne vérifiez pas si une personne énumérée est un citoyen américain, un ressortissant des États-Unis ou une personne non-citoyenne avec un statut d'immigration satisfaisant, ou si vous ne fournissez pas un numéro du Service de Citoyenneté et Immigration des États-Unis (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) (numéro d'immatriculation étranger) ou un numéro de non-citoyen (le cas échéant), cette personne ne recevra pas d'assistance et les autres membres du foyer recevront des allocations réduites. Si vous êtes Amérindien(ne), cochez Citoyen(ne)/Ressortissant(e) des États-Unis.

SIGNEZ* ET DATEZ LA CASE CI-DESSOUS POUR CHAQUE DEMANDEUR.

Dans le cas d'une recertification pour une personne non citoyenne ayant un statut d'immigration satisfaisant, cochez les programmes pour lesquels chaque personne non-citoyen(ne) a un statut d'immigration satisfaisant. (Consultez le manuel d'instructions, Pub-1313 Statewide.)

LN	PRÉNOM	INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	Cochez « CITOYEN(NE)/RESSORTISSANT(E) DES ÉTATS-UNIS » ou « NON-CITOYEN(NE) » pour chaque personne.		NUMÉRO USCIS (NUMÉRO D'IMMATRICULATION ÉTRANGER) OU NUMÉRO DE NON-CITOYEN (le cas échéant)	CERTIFICATION	DATE	AP	S N A P	AM
				<input type="checkbox"/> CITOYEN(NE)/RESSORTISSANT(E) DES ÉTATS-UNIS	<input type="checkbox"/> NON-CITOYEN(NE)						
01				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	Signature X				
02				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	Signature X				
03				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	Signature X				
04				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	Signature X				
05				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	Signature X				
06				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	Signature X				
07				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	Signature X				
08				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	Signature X				

En cochant une case ci-dessus et en signant le formulaire de certification de la Section 10, je certifie par la présente, sous peine de parjure, que je suis, de même que les personnes pour lesquelles je signe, citoyen(ne) américain(e), Amérindien(ne) ou ressortissant(e) des États-Unis, ou non citoyen(ne) ayant un statut d'immigration satisfaisant. Je comprends que la signature de la certification ci-dessus peut entraîner la transmission d'informations sur les membres de mon foyer qui soumettent une recertification aux Services de citoyenneté et d'immigration des États-Unis à des fins de vérification du statut de non-citoyens, le cas échéant. L'utilisation ou la divulgation des informations ci-dessus est limitée aux personnes et aux organisations directement liées à la vérification du statut de citoyenneté, et à l'administration ou à l'application des dispositions de l'Assistance publique, du Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire et de Medicaid.

* Une personne qui souhaite signer le formulaire de recertification mais ne sait pas écrire peut inscrire un « X » sur la ligne devant un témoin. Le témoin doit signer ci-dessous.

J'ai été témoin des marques faites dans les lignes suivantes : _____ Signature du témoin : _____ Date de signature : _____

SECTION 16 – INFORMATIONS SUR LES REVENUS :										
Indiquez si vous ou toute personne vivant avec vous recevez de l'argent de :	OUI	NON	QUI	MONTANT/VALEUR ET FRÉQUENCE	QUI	MONTANT/VALEUR ET FRÉQUENCE	INCOME			
							LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD
Prestations d'assurance chômage 1										
Allocations du Revenu supplémentaire de sécurité (Supplemental Security Income, SSI) (total des allocations étatiques et fédérales) 2										
Prestations d'invalidité de la Sécurité sociale (Social Security Disability, SSD) 3										
Pension pour personne à charge de la Sécurité sociale 4										
Prestations de sécurité sociale destinées aux survivants 5										
Allocations de retraite de la Sécurité sociale 6										
Allocations de retraite des chemins de fer 7										
Allocations de retraite (pension) 8										
Dividendes/intérêts de titres, bons du Trésor, épargne, etc. 9										
Indemnités pour accident du travail 10										
Prestations d'invalidité de l'État de New York 11										
Pensions/allocations/aide et subvention d'ancien combattant 12										
Allocation d'Assistance publique 13										
Allocations pour personne à charge GI 14										
Subventions ou prêts étudiants 15										
Contributions/cadeaux (reçus) 16										
Paiements pour placement en famille d'accueil (perçus) 17										
Paiements de pension alimentaire (perçus) Perçus de : 18										
Pension alimentaire pour conjoint(e) (perçue) 19										
Revenus d'une assurance maladie-invalidité privée/police d'assurance pour accidents 20										
Prestations d'assurance sans égard à la responsabilité 21										
Indemnités syndicales (dont indemnités de grève) 22										
Prêts, autres que pour l'éducation (perçus) 23										
Revenu d'un fonds fiduciaire (y compris les revenus que vous êtes actuellement en droit de recevoir, ou que vous étiez en droit de recevoir dans le passé, et qui n'ont pas été distribués) 24										
Allocations/subsides de formation 25										
Revenu locatif (perçu) 26										
Revenu des pensionnaires/locataires (perçus) 27										
Autres revenus (Veuillez préciser)										

CONSIDER

- Child Support Disregard/Pass-Through
 - Explained Budgeted
- SNAP Aged/Disabled Indicator
- Disability Review
- Reception and Placement Grant (SNAP Only)
- Refugee Matching Grant
- Change in Income from Last Budget

Déductions : Certains types de budgétisations Medicaid permettent aux demandeurs/bénéficiaires de réduire leurs revenus imposables grâce aux déductions qu'ils effectuent sur leurs impôts fédéraux. Il s'agit de dépenses spécifiques que l'Internal Revenue Service (IRS) autorise les gens à déduire pour réduire leurs revenus imposables. N'inscrivez les déductions ici que si vous comptez les revendiquer dans la déclaration d'impôt de l'année en cours.		OUI	NON	QUI	MONTANT/VALEUR ET FRÉQUENCE	QUI	MONTANT/VALEUR ET FRÉQUENCE
Frais d'éducateur	1						
Déduction pour compte individuel d'épargne retraite (IRA)	2						
Déduction des intérêts de prêt étudiant	3						
Droits d'inscription et frais de scolarité	4						
Certains frais professionnels (réservistes, artistes, fonctionnaires avec honoraires)	5						
Déduction pour compte d'épargne santé	6						
Frais de déménagement liés à l'emploi	7						
Partie déductible de l'impôt sur le travail indépendant (self-employment, S/E)	8						
Plans pour le travail indépendant, SIMPLES et admissibles	9						
Déduction pour l'assurance maladie de travailleur indépendant	10						
Pénalité pour retrait anticipé de l'épargne	11						
Pension alimentaire versée	12						
Déduction pour activités de production nationale	13						
Ajustements supplémentaires ajoutés à la ligne 36 (formulaire IRS 1040 uniquement)	14						
Déduction pour compte d'épargne médicale (MSA) Archer	15						
Autre ajustement (veuillez préciser)							

**SECTION 17 – INFORMATIONS SUR LE PARRAINAGE DE BEAU-PARENTS/
NON-CITOYENS AYANT UN STATUT D'IMMIGRATION SATISFAISANT**

Répondez à toutes les questions énumérées ci-dessous.

	OUI	NON	QUI ?
Le beau-parent d'un enfant vivant avec vous a-t-il/elle des ressources ou perçoit-il/elle des revenus de quelque type que ce soit ?			
Une personne de votre foyer est-elle une personne non citoyenne avec un statut d'immigration satisfaisant ayant été parrainée pour être admise aux États-Unis ?			

NOM DU PARRAIN : _____ N° DE TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE : _____

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

SECTION 18 – INFORMATIONS SUR L'EMPLOI

Je suis actuellement : employé(e) à mon compte sans emploi

Revenus bruts _____ \$ Nombre d'heures travaillées par mois _____

(incluez les salaires, le traitement, la rémunération des heures supplémentaires, les commissions et les pourboires)

Rémunération : Hebdomadaire Bihebdomadaire
 Mensuelle Jour de la semaine où la rémunération est perçue : _____

Nom et adresse de l'employeur : _____ **1**
 _____ N° de téléphone _____

Est-ce qu'une autre personne vivant avec vous est actuellement : employé(e) à son compte

Qui : _____

Revenus bruts _____ \$ Nombre d'heures travaillées par mois _____

Rémunération : Hebdomadaire Bihebdomadaire
 Mensuelle Jour de la semaine où la rémunération est perçue : _____ **2**

Nom et adresse de l'employeur : _____
 _____ N° de téléphone _____

Votre employeur offre-t-il une assurance maladie ? Oui Non

Une personne qui vit avec vous a-t-elle une assurance maladie auprès d'un employeur ? Oui Non

Qui : _____ **3**

Nom de la compagnie d'assurance : _____

Est-ce que vous ou toute personne vivant avec vous avez des frais de garde d'enfant ou de personne à charge en raison de votre emploi ? Oui Non

Qui : _____ **4**

Est-ce que vous ou toute personne vivant avec vous avez d'autres frais liés à votre emploi ? Oui Non

Qui : _____ **5**

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	CINTRAK/RFI/IRCS	
	1099	
	Employment Verification	
	Income Tax Return	
	Self-Employment Worksheet	
	Wage Stubs	
	Work Registration Form	
	Dependent/Child Care Form/Statement	
	Approval of Informal Child Care Provider	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Workers' Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	
	Refugee Cash Assistance	

CONSIDER
✓ Limited English Proficiency
✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)
✓ Explaining Periodic Reporting Requirements
✓ Net Loss of Cash Income
✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources
✓ Employment Sanctions
✓ Temporary Employment
✓ Disability Review
✓ Individual Development Account (IDA)
✓ Voluntary Quit

SECTION 19 – ÉDUCATION/FORMATION

Quel est le plus haut niveau d'études que vous ayez terminé ?

- Études secondaires sans diplôme
- Le cas échéant, quelle est la dernière année scolaire que vous avez achevée ? _____
- Plan d'éducation individualisé (Individualized Education Plan, IEP)
- Diplôme d'études secondaires, diplôme d'équivalence d'études secondaires (General Equivalency Diploma, GED) ou test d'évaluation de fin d'études secondaires (Test Assessing Secondary Completion, TASC™)
- Diplôme d'associé (diplôme universitaire de deux ans) 1
- Licence (diplôme universitaire de quatre ans) ou diplôme supérieur

Une personne de votre ménage a-t-elle un diplôme d'études secondaires, un diplôme d'équivalence d'études secondaires, un test d'évaluation de fin d'études secondaires (TASC™) ou un niveau d'éducation supérieur ? Oui Non

Si oui, qui : _____

Diplôme obtenu : _____ 2

Date d'obtention : _____

Indiquez si vous ou toute personne vivant avec vous soumettant une recertification ou recevant actuellement une aide :

Suit ou a suivi un programme de formation **au cours des 12 derniers mois** ? Oui Non

Qui _____ 3

Où _____

Programme _____

Dates de participation _____

Dates d'achèvement _____

Est âgé(e) de 16 ans ou plus et fréquente une école ou une université ? Oui Non

Qui _____ 4

Où _____

Bénéficie d'une allocation de formation ? Oui Non 5

Qui _____ Montant _____ \$

Reçoit des indemnités pour frais d'études ou prêts d'étudiant ? Oui Non 6

Qui _____ Montant _____ \$

Est âgé(e) de moins de 16 ans et fréquente une école ? Oui Non 7

Qui _____

École _____

Qui _____

École _____

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child Care Statement	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

CONSIDER	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is anyone in training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are any other supportive services appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are there any training related expenses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qui _____

École _____

Qui _____

École _____

SECTION 20 – INFORMATIONS SUR LES RESSOURCES						
Indiquez si vous ou toute personne vivant avec vous soumettant une recertification :	OUI	NON	QUI	SI OUI, MONTANT/VALEUR	QUI	SI OUI, MONTANT/VALEUR
Avez de l'argent en espèces disponible	1			\$		\$
Avez un ou plusieurs comptes courants	2					
Avez un ou plusieurs comptes d'épargne ou certificats de dépôt	3					
Avez un ou plusieurs comptes de caisse d'épargne	4					
Avez une assurance vie	5					
Avez un titre ou une immatriculation pour un ou plusieurs véhicules à moteur ou un ou plusieurs autres véhicules : Année _____ Marque/Modèle _____ Année _____ Marque/Modèle _____ Autre _____	6					
Avez des titres, bons du Trésor, certificats ou fonds communs	7					
Avez des obligations d'épargne	8					
Avez un ou plusieurs comptes à rémunération différée ou comptes d'épargne retraite (IRA, Keogh ou 401(k))	9					
Avez un fonds d'obsèques irrévocable	10					
Avez un fonds d'obsèques	11					
Avez une concession funéraire	12					
Avez votre propre maison	13					
Avez des biens immobiliers, générant un revenu ou non	14					
Êtes admissible à un remboursement d'impôts sur le revenu	15					
Avez une rente annuelle	16					
Êtes bénéficiaire d'une fiducie	17					
Êtes en attente de la réception de fonds en fiducie, du règlement d'une action en justice, d'un héritage ou de revenus provenant d'autres sources	18					
Avez un ou plusieurs comptes en fidéicommis	19					
Avez un ou plusieurs coffres de banque	20					
Avez des ressources autres que celles énumérées ci-dessus	21					
Une personne (y compris votre conjoint[e], même s'il/si elle ne soumet pas de recertification ou ne vit pas avec vous) a-t-elle donné de l'argent ou vendu/transféré un bien immobilier ou un bien personnel au cours des 36 derniers mois ?	22					
Une personne de votre foyer (y compris votre conjoint[e], même s'il/si elle ne soumet pas de recertification ou ne vit pas avec vous) a-t-elle déjà créé un fonds en fiducie ou transféré des actifs vers un fonds en fiducie au cours des 60 derniers mois ? Si oui, quand ? _____	23					

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE	
FACE AMOUNT	CASH VALUE

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Resource Checklist	
	Market Value	
	DMV Clearance	
	Bank Statement	
	Assignment of Proceeds	
	Car/Vehicle Title	
	Car/Vehicle Registration (Older Models)	
	Bank Clearance	
	RFI/OCA	
	1099	

CONSIDER	
✓	Children's Resources
✓	Lump Sum
✓	Boats, Campers, Snowmobiles
✓	Individual Development Account (IDA)
✓	Exempt Vehicles
✓	EIC
✓	Change in Resources from Last Budget

VEHICLE INFORMATION									
YR.	MAKE	MODEL	OWNER'S NAME	AMOUNT OWED	NADA VALUE	EXEMPT		LIEN HOLDER	ACCOUNT NO.
						YES*	NO		
				\$	\$				
				\$	\$				

*IF EXEMPT, WHY?

NE PAS ÉCRIRE DANS LES ZONES OMBRÉES DE CE FORMULAIRE DE RECERTIFICATION

SECTION 21 – INFORMATIONS MÉDICALES				REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
Indiquez si vous ou toute personne vivant avec vous soumettant une recertification :	OUI	NON	SI OUI, QUI		Pregnancy Statement	
Avez des factures médicales ou des dépenses médicales 1					Med/Psych Statement	
Êtes sur Medicaid avec désépargne 2					Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
Avez une assurance maladie ou hospitalisation/accident (y compris une assurance d'un employeur) 3				N° DE LA POLICE :	Drug/Alcohol Statement	
Avez une assurance maladie par le biais d'un employeur 4				MONTANT :	Paid or Unpaid Medical Bills	
Avez Medicare (carte rouge, blanche et bleue) 5				FRÉQUENCE DU VERSEMENT :	SSI Application Verification (PA ONLY)	
Avez un(e) préposé(e) aux soins/aide en hygiène familiale 6				NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE :	CONSIDER	
Êtes aveugle, malade ou handicapé(e) 7				QUI EST COUVERT :	<input checked="" type="checkbox"/> AD/SSI Related <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Aged/Disabled Indicator <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Medical Deduction <input checked="" type="checkbox"/> TPHI Reimbursement <input checked="" type="checkbox"/> Buy-In Eligibility <input checked="" type="checkbox"/> Kreiger (LDSS-3664) <input checked="" type="checkbox"/> Domestic Violence <input checked="" type="checkbox"/> SSI Referral <input checked="" type="checkbox"/> Earned Income Credit <input checked="" type="checkbox"/> Change in Resources	
Est un enfant présentant une déficience intellectuelle 8				DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :	NEEDED REFERRALS COMPLETED	
Êtes dans un hôpital, un établissement de soins infirmiers ou une autre institution médicale 9					SSI (D-CAP)	
Avez des factures médicales payées ou impayées dans les trois mois précédant le mois de cette recertification 10					Disability Interview (LDSS-1151)	
Êtes ou avez été toxicomane ou alcoolique 11					Medical Report (LDSS-486, 486t)	
Avez besoin de soins à domicile/soins personnels 12					Disability Report	
Bénéficiez du revenu de sécurité supplémentaire (Supplemental Security Income, SSI) ou avez déjà fait une demande de SSI 13					AD	
Êtes enceinte Si enceinte, date de l'accouchement : _____ 14					TPHI	
Nombre de naissances prévues : _____					ACCES-VR	
Recevez un traitement dans le cadre d'un programme de traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme 15					CTHP	
N'avez pas été en mesure de travailler pendant au moins 12 mois en raison d'un handicap ou d'une maladie 16					Family Planning	
Avez une activité quotidienne limitée en raison d'un handicap ou d'une maladie qui a duré ou va durer au moins 12 mois 17					SSA (RSDI)	
Avez été impliqué(e) dans un accident de voiture ou du travail au cours de deux dernières années 18					Veteran's Benefits	
Avez reçu l'aide d'une agence gouvernementale (programme public) autre que Medicaid ou Medicare pour payer une partie de vos factures médicales Si oui, nom de l'agence _____ 19					Veteran's Counseling	
La facturation d'une autre assurance maladie portera-t-elle atteinte à votre santé physique ou émotionnelle ou à votre sécurité, ou interférera-t-elle avec le respect de votre vie privée et la confidentialité de votre demande ou la réception des prestations Medicaid ? 20					Child Health Plus	
					COBRA Eligibility	
					Nurse's Aide Service	
					Home Care	
					NYSOH	
					MA-Only (DOH-4220)	
					SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)	
					LDSS-4526 or local equivalent	

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT \$		

MEDICAL BILLS: YES NO **TPHI:** YES NO

HEALTH PLAN SELECTION

La plupart des personnes inscrites à Medicaid sont tenues de s'affilier à un régime de soins gérés, sauf si elles font partie d'une catégorie d'exemption. Utilisez cette section pour choisir un régime de soins. Si vous ne savez pas quels régimes de soins sont disponibles, demandez à votre employé(e) ou appelez le 1-800-505-5678.

Nom du régime auquel vous vous inscrivez	Nom de famille	Prénom	Date de naissance jj/mm/aa	Sexe H/F	Numéro d'identification (de la carte Medicaid si vous en avez une)	Numéro de sécurité sociale (facultatif si vous êtes enceinte)	Médecin traitant (Primary Care Provider, PCP) ou centre de soins (cochez la case s'il s'agit du prestataire actuel)	Nom et numéro d'identification du gynécologue (cochez la case s'il s'agit du prestataire actuel)
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 22 – LOGEMENT

QUEL EST LE NOM DE VOTRE PROPRIÉTAIRE ?

QUELLE EST L'ADRESSE DE VOTRE PROPRIÉTAIRE ?

QUEL EST LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE VOTRE PROPRIÉTAIRE ?
() _____

	OUI	NON	SI OUI, MONTANT
Est-ce que vous ou une personne vivant avec vous avez un loyer, une hypothèque ou d'autres frais de logement ?			\$
Est-ce que vous ou une personne vivant avec vous avez une facture de chauffage distincte de votre loyer ou des autres frais de logement ?			\$

SHELTER COSTS		MONTHLY ACTUAL COST
A. Room and Board		
B. Rent		
C. Trailer Lot Rent		
D. Mortgage Payment		
1.	Principal	
2.	Interest	
3.	Property Tax (including School Tax)	
4.	Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)	
5.	Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)	
6.	Assessments (Sewer, etc.)	
E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)		
TOTAL (Lines A - E)		

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Landlord Statement	
	Rent Receipt	
	Tenant of Record	
	Customer of Record	
	Voluntary Restrict	
	Mandatory Restrict	
	Subsidized Housing	
	Mortgage/Title Search	
	Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office	
	Property Lien	
	Shelter/Utility Repayment Agreement	
CONSIDER		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utility and/or Fuel Restrict ✓ Utility Guarantee ✓ HEAP ✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount ✓ Foster Care-Related Additional Allowances ✓ SNAP Household Composition Rules ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator ✓ Real Property Tax Credit ✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance ✓ Property Lien ✓ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household 		

SECTION 22 – LOGEMENT (SUITE)			
Est-ce que vous ou une personne vivant avec vous avez les frais suivants, distincts de votre loyer ou des autres frais de logement ?	OUI	NON	SI OUI, MONTANT
Électricité (pour les besoins autres que le chauffage ; exemple : éclairage, cuisine, eau chaude, etc.)	1		\$
Gaz naturel (pour des besoins autres que le chauffage ; exemple : cuisine, eau chaude, etc.)	2		\$
Eau	3		\$
Climatisation	4		\$
Propane (pour des besoins autres que le chauffage)	5		\$
Égouts	6		\$
Ordures	7		\$
Autres services publics et frais Veuillez préciser _____	8		\$
Vivez-vous dans un logement public ?	9		
Vivez-vous dans un logement Section 8, HUD ou un autre logement subventionné ?	10		
Vivez-vous dans un établissement de traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme ?	11		

MONTHLY EXPENSES	MONTHLY ACTUAL COST	NAME OF DEALER	ACCOUNT NUMBER	IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD)	WHO IS THE TENANT OF RECORD?
A. Heat*					
B. Electricity (for cooking, lights, hot water)					
C. Gas (for cooking, hot water)					
D. Liquid Propane Gas					
E. Other Utilities or Expenses					
F. Air Conditioning					
G. Utility Installation Fees					
H. Sewer					
I. Trash					
J. Water					

***Check Primary Heat Type:**
 Natural Gas Oil PSC Electric Coal
 Kerosene Propane Municipal Electric Wood
 Other _____

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES			
SECTION 23 – AUTRES FRAIS			
Indiquez si vous ou toute personne vivant avec vous soumettant une recertification :	OUI	NON	SI OUI, MONTANT
Paiement d'une pension alimentaire	1		\$
Paiement d'une pension alimentaire pour conjoint(e)	2		\$
Paiement de services de garde d'enfants	3		\$
Paiement de services de garde de personnes à charge	4		\$
Paiement de frais de scolarité, de frais d'inscription ou d'autres frais de scolarité	5		\$
Responsable de dépenses supplémentaires (par ex., paiement d'une voiture, paiement d'une l'assurance automobile, remboursement de cartes de crédit, remboursement d'autres prêts, etc.) Veuillez préciser: _____	6		\$
Est-ce que vous ou une personne vivant avec vous soumettant une recertification devez au moins quatre mois de pension alimentaire pour un enfant de moins de 21 ans ?	7	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED		CHILD IN SNAP HH	
	YES	NO	YES	NO

SECTION 24 – AUTRES INFORMATIONS				
Achetez-vous ou prévoyez-vous d'acheter des repas auprès d'une entreprise de livraison à domicile ou d'un service de restauration communal ? 8	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Êtes-vous en mesure de cuisiner ou de préparer des repas à la maison ? 9	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	VETERAN STATUS	VETERAN CODE
Avez-vous (ou toute personne de votre foyer) déjà servi dans l'armée des États-Unis ? Qui ? _____ 10	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Votre conjoint(e) a-t-il/elle déjà servi dans l'armée des États-Unis ? 11	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Une personne de votre foyer est-elle à la charge d'une personne qui sert ou qui a servi dans l'armée des États-Unis ? Qui ? _____ 12	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Indiquez si vous ou toute personne vivant avec vous soumettant une recertification :	OUI	NON	QUI	
Veuillez indiquer si vous ou toute personne vivant avec vous et soumettant une recertification avez déménagé dans ce comté depuis un autre comté de l'État de New York au cours des deux derniers mois.				
Veuillez indiquer si vous ou toute personne vivant avec vous avez été déclaré(e) coupable ou déclaré(e) non admissible à l'Assistance publique ou au Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) en raison d'une fraude/violation intentionnelle du programme ?				
Veuillez indiquer si vous ou toute personne vivant avec vous avez perçu des indemnités indues et ne les avez pas intégralement remboursées à cette agence ou à une autre.				
Avez-vous (ou un membre de votre foyer) été condamné(e) pour déclaration frauduleuse ou représentation de résidence dans le but de recevoir une Assistance publique dans au moins deux États ?				
Avez-vous (ou un membre de votre foyer) été condamné(e) pour avoir reçu frauduleusement des allocations SNAP en double dans un État après le 22 septembre 1996 ?				
Avez-vous (ou un membre de votre foyer) été condamné(e) pour avoir acheté ou vendu des allocations SNAP pour un montant combiné de plus de 500 \$ ou plus après le 22 septembre 1996 ?				
Avez-vous (ou un membre de votre foyer) été condamné(e) pour avoir échangé des allocations SNAP contre des armes à feu, des munitions, des explosifs ou des drogues ?				
Êtes-vous (ou un membre de votre foyer) en fuite pour éviter des poursuites, une détention, une mise sous tutelle après avoir été condamné(e) pour un acte délictueux ou une tentative d'acte délictueux et êtes activement recherché(e) par la justice ?				
Êtes-vous (ou un membre de votre foyer) actuellement en train d'enfreindre une probation ou une libération conditionnelle sur ordonnance du tribunal ?				
STATUT DE TRANSFERT DE PROPRIÉTÉ				
J'ai <input type="checkbox"/> Je n'ai pas <input type="checkbox"/> vendu, transféré ou donné un bien personnel à un tiers en vue de recevoir une Assistance publique ou des allocations SNAP.				

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ SNAP Dependent Care Deductions
	UIB		✓ District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5)

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING PA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.

	CONSIDER
Actual Expenses \$ <input type="text"/>	✓ Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.
	✓ Actual Shelter
Actual Income \$ <input type="text"/>	✓ Actual Fuel/Utility Costs
	✓ Telephone Expenses
= Difference \$ <input type="text"/>	✓ Car Expenses
	✓ Furniture/Appliance Rental
	✓ Cable TV
	✓ Tuition
	✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

Does Client Receive Contribution Towards Difference Yes No

If Yes, From Whom? _____

Based on the information contained in this recertification, make sure you reconsider the category. For PA, especially, consider the following:

- Eligible Child Status
- Essential Persons Status
- Family Assistance Extensions

Category is _____

Documented by _____

NOTES/COMMENTS

AVIS, CESSIONS, AUTORISATIONS ET CONSENTEMENTS

COLLECTE ET UTILISATION DES NUMÉROS DE SÉCURITÉ SOCIALE – La collecte des numéros de sécurité sociale (SSN) est autorisée pour chaque membre du foyer dans le cadre du Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), conformément à la loi de 2008 sur l'alimentation et la nutrition (Food and Nutrition Act) (dans sa version amendée). Toute personne déposant une demande SNAP est tenue de fournir son SSN afin de bénéficier des allocations. Si vous ou toute personne déposant une demande n'avez pas de SSN, vous devez faire une demande de SSN auprès de l'administration de la sécurité sociale (consultez le site www.SSA.gov ou appelez le 1-800-772-1213).

En ce qui concerne tous les autres programmes pour lesquels ce formulaire de recertification requiert un SSN, la collecte des SSN est également obligatoire et est autorisée par une ou plusieurs des sections des lois suivantes : Section 205(c) de la loi sur la Sécurité sociale (Social Security Act) (42 U.S. Code 405), Section 1137 de la loi sur la Sécurité sociale (42 U.S. Code 1320b-7) et Section 7(a)(2) de la loi sur la protection des données (Privacy Act) de 1974. Consultez le manuel d'instructions (PUB-1313 Statewide) ou parlez à votre district de services sociaux si vous avez des questions.

Les informations que nous collectons seront utilisées pour déterminer si votre foyer est ou reste admissible à une aide ou à des allocations. Ces informations seront utilisées pour vérifier l'identité, vérifier les revenus professionnels et non professionnels, déterminer si les parents absents peuvent bénéficier d'une couverture d'assurance maladie pour les demandeurs ou les bénéficiaires, déterminer si les demandeurs ou les bénéficiaires peuvent obtenir une pension alimentaire pour enfant(s) ou conjoint(e), et déterminer si les demandeurs ou les bénéficiaires peuvent recevoir de l'argent ou d'autres aides. Nous vérifierons ces informations via des programmes de correspondance informatique. Ces informations seront également utilisées pour vérifier la conformité aux conditions du programme et pour la gestion du programme. Outre l'utilisation des informations que vous nous fournissez conformément à la manière décrite ci-dessus, l'État les utilise pour établir des statistiques sur les personnes percevant des allocations du Programme d'assistance pour l'énergie résidentielle (Home Energy Assistance Program, HEAP) (voir ci-dessous).

Ces informations pourront être communiquées aux agences fédérales ou étatiques pour étude officielle ainsi qu'aux représentants des forces de l'ordre dans le cadre de l'arrestation de personnes en fuite pour éviter de se soumettre à la loi. Les informations recueillies sur les demandeurs et les bénéficiaires de l'Assistance familiale et de l'Assistance « filet de sécurité », y compris les SSN, peuvent être utilisées pour aider à la formation de groupes de jurés. Si votre foyer fait l'objet d'une réclamation SNAP, les informations indiquées sur la présente recertification, y compris tous les SSN mentionnés, pourront être transmises aux agences fédérales et étatiques ainsi qu'à toute agence de recouvrement de créances privées dans le cadre d'une action de recouvrement de créances.

Le SSN des personnes non admissibles du foyer sera également utilisé et divulgué de la manière indiquée ci-dessus.

Outre l'utilisation des informations que vous nous fournissez conformément à la manière décrite ci-dessus, l'État les utilise pour établir des statistiques sur les personnes percevant des allocations du programme HEAP. Les informations sont utilisées dans le cadre du contrôle qualité réalisé par l'État afin de s'assurer que les districts de services sociaux font de leur mieux. Elles permettent de vérifier l'identité de votre fournisseur énergétique et de s'assurer de vos paiements auprès de ce fournisseur.

AVIS DE NON-DISCRIMINATION – Il est interdit à cette institution d'exercer une discrimination pour des raisons de race, de couleur, d'origine nationale, de sexe, d'âge, de religion, de croyances politiques ou de handicap.

Le ministère de l'Agriculture des États-Unis (United States Department of Agriculture, USDA) interdit également toute discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe, la croyance religieuse, le handicap, l'âge, les convictions politiques ou les représailles pour une activité antérieure relative aux droits civils dans tout programme ou activité mené ou financé par l'USDA.

Les personnes handicapées qui nécessitent des moyens de communication alternatifs pour obtenir des informations sur le programme (braille, caractères de grande taille, cassette audio, langue des signes américaine, etc.), doivent contacter l'agence (étatique ou locale) où elles ont déposé leur demande d'allocations. Les personnes sourdes, malentendantes ou souffrant de troubles de la parole peuvent contacter l'USDA via le Service de relais fédéral au (800) 877-8339. De plus, les informations sur le programme pourront être disponibles dans une autre langue.

Pour déposer une plainte pour discrimination dans le cadre du Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP), remplissez le formulaire de plainte pour discrimination du programme USDA (AD-3027), disponible à l'adresse http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html et dans tous les bureaux de l'USDA, ou envoyez un courrier à l'USDA contenant toutes les informations demandées dans le formulaire. Pour demander une copie du formulaire de plainte, appelez le (866) 632-9992. Envoyez votre courrier ou votre formulaire dûment rempli à l'USDA de l'une des manières suivantes :

- (1) Courrier postal : U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) Télécopie : (202) 690-7442 ; ou
- (3) Courrier électronique : program.intake@usda.gov.

Pour toute autre information concernant le Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP), les personnes doivent soit contacter l'assistance téléphonique SNAP de l'USDA au (800) 221-5689, également disponible en espagnol, soit appeler les numéros d'information/d'assistance téléphonique étatiques (cliquez sur le lien pour obtenir une liste des numéros d'assistance téléphonique par État), disponibles en ligne à l'adresse suivante : http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Pour déposer une plainte pour discrimination concernant un programme recevant une aide financière fédérale par l'intermédiaire du ministère de la Santé et des services sociaux des États-Unis (HHS), écrivez au directeur du HHS à l'adresse Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, ou appelez le (202) 619-0403 (appel vocal) ou le (800) 537-7697 (téléscripteur).

Cette institution respecte les principes d'égalité des chances.

L'État de New York interdit également la discrimination fondée sur l'identité sexuelle, le statut de transgenre, la dysphorie de genre, l'orientation sexuelle, l'état civil, le statut militaire, le statut de victime de violence familiale, les conditions liées à la grossesse, les facteurs génétiques prédisposants, les arrestations ou condamnations antérieures, la situation familiale et les représailles pour s'être opposé à des pratiques discriminatoires illicites.

CONSENTEMENT À L'ENQUÊTE – J'accepte toute enquête visant à vérifier ou à confirmer les informations que j'ai fournies dans le cadre de ma demande d'Assistance publique (AP), de Medicaid, d'allocations du Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP), d'allocations du Programme d'assistance pour l'énergie résidentielle (HEAP), de services ou d'aide à la garde d'enfants. Si des informations supplémentaires sont demandées, je les fournirai. Je m'engage également à coopérer avec le personnel étatique et fédéral lors d'une enquête de contrôle qualité AP ou SNAP.

Si je soumetts une recertification pour le programme SNAP, je comprends que le district de services sociaux me demandera des informations et utilisera les informations disponibles dans le Système de contrôle de revenus et d'admissibilité (Income and Eligibility Verification System) pour étudier ma recertification, et qu'il pourra vérifier ces informations auprès de tiers en cas de divergences. Je comprends également que ces informations peuvent affecter mon admissibilité à des allocations SNAP ou le montant des allocations SNAP que je perçois.

AUTORISATION DE DIVULGATION D'INFORMATIONS CONFIDENTIELLES RELATIVES À L'ASSURANCE CHÔMAGE – J'autorise le Département du travail (Department of Labor, DOL) de l'État de New York à communiquer toute information confidentielle conservée par le DOL dans le cadre de l'assurance chômage (Unemployment Insurance, UI) au Bureau d'assistance temporaire et d'invalidité (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) de l'État de New York. Ces informations comprennent mes demandes d'allocations UI et les antécédents de mes salaires. Je comprends que l'OTDA et le personnel des agences locales et étatiques travaillant dans les bureaux du district de services sociaux utiliseront les informations de mon UI pour déterminer ou vérifier mon admissibilité et pour fixer le montant de l'Assistance publique, de Medicaid, des allocations du Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire, des allocations du Programme d'aide énergétique à domicile ou de l'aide à la garde d'enfants, demandés dans cette demande/recertification et pour des enquêtes visant à déterminer si j'ai reçu des allocations auxquelles je n'avais pas droit. L'OTDA peut également partager ces informations avec le Bureau des services à l'enfance et aux familles (Office of Children and Family Services, OCFS) de l'État de New York et le Département de la santé (Department of Health, DOH) de l'État de New York. L'OCFS utilisera ces informations pour surveiller le programme d'aide à la garde d'enfants.

DIVULGATION D'INFORMATIONS AUX PRESTATAIRES DE SERVICES – J'autorise le district de services sociaux et l'État de New York à partager les informations relatives à l'Assistance publique et aux allocations du Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire perçues par moi ou par tout membre de mon foyer sous ma tutelle légale aux fins de vérifier mon admissibilité aux services et paiements liés à la gestion d'un programme de l'État ou d'un sous-traitant local. Lesdits services peuvent inclure, sans y être limités, des services de placement professionnel et de formation pour m'aider personnellement ou pour aider un membre de mon foyer à obtenir et à conserver un emploi.

SIGNALEMENT DES CHANGEMENTS – J'accepte d'informer **rapidement** l'agence de tout changement survenu au niveau de mes besoins, de ma résidence ou de mon adresse, de mes conditions de logement, de la taille de mon foyer, de mes revenus, de mon emploi, de mes biens/ressources, de mes frais des personnes à charge, de mon assurance maladie, mon statut de non-citoyen ayant un statut d'immigration satisfaisant ou de mon statut de citoyenneté, de mon statut d'adulte valide sans personnes à charge (Able-Bodied Adult Without Dependents, ABAWD), de mon état de grossesse ou de mes conditions de logement, au mieux de mes connaissances ou de mes convictions.

Si je dépose une demande d'aide à la garde d'enfants, je m'engage à informer **immédiatement** l'agence de tout changement concernant le revenu familial, les personnes qui vivent à la maison, l'emploi, les dispositions relatives à la garde d'enfants ou tout autre changement susceptible d'affecter le maintien de mon admissibilité ou le montant de mes allocations.

PÉNALITÉS – La législation fédérale et celle des États prévoient des pénalités ou un emprisonnement, voire les deux, en cas de fausse déclaration lors de la recertification pour l'Assistance publique, Medicaid, le Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire, les services ou l'aide à la garde d'enfants (« aide, allocations ou services ») ou à tout moment lorsque vous êtes interrogé(e) sur votre admissibilité, ou si vous incitez quelqu'un d'autre à faire de fausses déclarations concernant votre recertification ou votre admissibilité continue. Des pénalités s'appliquent également si vous dissimulez ou omettez de divulguer des faits concernant votre admissibilité initiale et continue à l'aide, aux allocations ou aux services, ou si vous dissimulez ou omettez de divulguer des faits qui affecteraient le droit d'une personne pour laquelle vous avez déposé une demande de recertification d'obtenir ou de continuer à recevoir l'aide, les allocations ou les services. Si vous êtes un(e) représentant(e) autorisé(e), cette aide, ces allocations ou ces services doivent être utilisés pour l'autre personne et non pour vous-même. La législation fédérale et celle des États prévoient que tout transfert d'actifs pour un montant inférieur à la valeur marchande équitable effectué par une personne ou son conjoint, dans les 60 mois précédant le premier du mois au cours duquel la personne reçoit des services d'un établissement de soins et a soumis une demande Medicaid, peut rendre la personne inadmissible aux services d'un établissement de soins ou à l'exemption pour des services communautaires ou à domicile pour une période donnée. Il est illégal d'obtenir de l'aide, des allocations ou des services en dissimulant des informations ou en fournissant de fausses informations.

PÉNALITÉS DE DISQUALIFICATION DU PROGRAMME SPÉCIAL DE NUTRITION SUPPLÉMENTAIRE – Toute information que vous fournissez dans le cadre de votre demande de participation au Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP) fera l'objet d'une vérification par des fonctionnaires fédéraux, étatiques et locaux. En cas d'information incorrecte, les allocations SNAP pourront vous être refusées. L'indication délibérée d'informations incorrectes affectant votre admissibilité ou le montant de vos allocations vous expose à des poursuites judiciaires. Toute personne condamnée pour acte délictueux suite à l'utilisation, au transfert, à l'acquisition, à l'altération ou à la détention volontaire de cartes d'autorisation ou d'outils d'accès SNAP pourra être condamnée à payer une amende pouvant aller jusqu'à 250 000,00 \$, à purger une peine de prison pouvant aller jusqu'à 20 ans ou à ces deux peines cumulées. Cette personne pourra également faire l'objet de poursuites au titre des lois étatiques et fédérales en vigueur. Toute personne enfreignant une condition de probation ou de libération conditionnelle, ou toute personne en fuite pour éviter des poursuites, une mise sous tutelle ou une peine d'emprisonnement pour acte délictueux et qui ferait l'objet de poursuites actives par les autorités, n'est pas admissible aux allocations SNAP.

Vous pouvez être déclaré(e) inadmissible au programme SNAP ou reconnu(e) avoir commis une violation intentionnelle du programme (Intentional Program Violation, IPV) si vous faites une déclaration fautive ou trompeuse, ou si vous déformez, cachez ou dissimulez des faits, afin d'avoir droit à des allocations ou de recevoir davantage d'allocations ; si vous achetez un produit avec des allocations SNAP dans l'intention d'obtenir de l'argent liquide en jetant intentionnellement le produit et en retournant le récipient pour le montant de la consignation ; ou commettez ou tentez de commettre tout acte qui constitue une violation de la loi fédérale ou étatique dans le but d'utiliser, de présenter, de transférer, d'acquiescer, de recevoir, de posséder ou de trafiquer des allocations SNAP, des cartes d'autorisation ou des documents réutilisables utilisés dans le cadre du système de virement électronique des allocations (Electronic Benefit Transfer, EBT). En outre, les actions suivantes ne sont pas autorisées et peuvent vous rendre inadmissible à la perception d'allocations SNAP ou entraîner l'infliction d'une amende. Ces actions incluent :

- utiliser les allocations SNAP pour acheter des produits non alimentaires, comme de l'alcool ou des cigarettes ;
- utiliser les allocations SNAP pour payer des aliments précédemment achetés à crédit ;
- autoriser un tiers à utiliser votre carte de virement électronique des allocations (EBT) en échange de liquide, d'armes à feu, de munitions, d'explosifs ou de drogues, ou pour acheter des aliments pour des personnes non-membres de votre foyer SNAP ; ou
- utiliser ou détenir des cartes EBT qui ne vous appartiennent pas, sans le consentement du propriétaire de la carte.

Les personnes qui ont été reconnues coupables d'une violation intentionnelle du programme à l'issue d'une audience de disqualification administrative ou par un tribunal fédéral, étatique ou local, ou qui ont signé une renonciation au droit à une audience de disqualification administrative ou un accord de consentement à la disqualification dans les cas faisant l'objet de poursuites judiciaires, ne peuvent pas participer au programme SNAP pendant une période de :

- 12 mois pour la première violation intentionnelle du programme SNAP ;
 - 24 mois pour la deuxième violation intentionnelle du programme SNAP ;
 - 24 mois pour la première violation intentionnelle du programme SNAP si celle-ci est fondée sur une constatation du tribunal selon laquelle la personne a utilisé ou reçu des allocations SNAP dans le cadre d'une transaction impliquant la vente d'une substance contrôlée (drogues illégales ou certains médicaments pour lesquels une ordonnance médicale est requise) ; ou
 - 120 mois s'il est établi que la personne a fait une déclaration frauduleuse sur son identité ou son lieu de résidence dans le but de bénéficier de plusieurs allocations SNAP simultanément, sauf en cas de non-admissibilité permanente suite à une troisième violation intentionnelle du programme SNAP.
- De plus, un tribunal peut prolonger une période d'admissibilité SNAP de 18 mois supplémentaires.

Une personne peut être exclue des allocations SNAP de manière permanente pour les raisons suivantes :

- la première violation intentionnelle du programme SNAP si celle-ci est fondée sur une constatation du tribunal selon laquelle la personne a utilisé ou reçu des allocations SNAP dans une transaction impliquant la vente d'armes à feu, de munitions ou d'explosifs ;
- la première violation intentionnelle du programme SNAP si un tribunal a conclu à un trafic d'allocations SNAP d'un montant cumulé de 500 \$ ou plus (le trafic impliquant l'utilisation, le transfert, l'acquisition, l'altération ou la possession illégale de cartes d'autorisation ou d'outils d'accès SNAP) ;
- la deuxième violation intentionnelle du programme SNAP si celle-ci est fondée sur une constatation du tribunal selon laquelle la personne a utilisé ou reçu des allocations SNAP dans le cadre d'une transaction impliquant la vente d'une substance contrôlée (drogues illégales ou certains médicaments pour lesquels une ordonnance médicale est requise) ; ou
- une troisième violation intentionnelle du programme SNAP.

EXIGENCES RELATIVES À LA DÉCLARATION/AU CONTRÔLE DES DÉPENSES DU FOYER – Votre foyer doit déclarer les dépenses de garde d'enfants et les charges afin de bénéficier d'une déduction pour ces frais au titre du Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP). Votre foyer est tenu de déclarer et de contrôler les paiements du loyer/du prêt hypothécaire, de la taxe foncière, de l'assurance, des frais médicaux et de garde de pension alimentaire pour enfant(s) versés à un membre hors du foyer pour être admissible à une déduction SNAP pour lesdites dépenses. Toute omission de déclaration/contrôle des dépenses ci-dessus sera perçue comme un renoncement de votre foyer à toute déduction pour ces dépenses non déclarées/non contrôlées. La déduction de ces dépenses peut vous rendre admissible à des allocations SNAP ou augmenter le montant de vos allocations SNAP. Vous pouvez déclarer/contrôler ces dépenses à tout moment à l'avenir. La déduction sera alors appliquée au calcul des allocations SNAP des mois suivants, conformément aux règles relatives au signalement et au traitement des modifications (voir « Signalement des changements » ci-dessus).

REPRÉSENTANT(E) AUTORISÉ(E) POUR LE PROGRAMME D'ASSISTANCE NUTRITIONNELLE SUPPLÉMENTAIRE – Vous pouvez autoriser une personne qui connaît la situation de votre foyer à déposer pour vous une demande de recertification pour le Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP). Vous pouvez également autoriser une personne extérieure à votre foyer à percevoir des allocations SNAP pour votre compte ou à les utiliser afin de vous acheter de la nourriture. Pour autoriser une personne à exercer l'une des deux fonctions ci-dessus, vous devez remplir un document écrit. Vous pouvez autoriser quelqu'un en indiquant son nom, son adresse et son numéro de téléphone en caractères d'imprimerie ci-dessous et en lui demandant de signer dans la section réservée à cet effet à la fin du présent formulaire. Lorsqu'un(e) représentant(e) autorisé(e) dépose une demande au nom d'un foyer SNAP qui ne réside pas dans une institution, le (la) représentant(e) autorisé(e) et un membre adulte responsable du foyer doivent tous deux signer et dater la section réservée à cet effet à la fin du présent formulaire de recertification, à moins que le foyer SNAP n'ait désigné par écrit le (la) représentant(e) autorisé(e) pour le faire.

NOM, ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU (DE LA) REPRÉSENTANT(E) AUTORISÉ(E) (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) :

ALLOCATIONS POUR LES FACTURES ÉNERGÉTIQUES NORMALES – Je comprends que les bénéficiaires de l'Assistance publique et du Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP) sont formellement admissibles au Programme d'assistance pour l'énergie résidentielle (Home Energy Assistance Program, HEAP) du fait de leurs revenus. Je comprends également que si je n'ai pas perçu d'allocation HEAP supérieure à 20,00 \$ pour le mois en cours ou sur les 12 derniers mois, ni aucune autre allocation au titre d'un autre programme d'assistance énergétique, je dois payer mes frais de chauffage et de climatisation séparément de mon loyer pour avoir droit à une allocation pour les factures énergétiques normales de chauffage et de climatisation (c.-à-d. une déduction) dans le cadre du programme SNAP. Je comprends que l'État utilisera mon numéro de Sécurité sociale pour vérifier si je perçois des allocations HEAP auprès de mes fournisseurs énergétiques domestiques. Cette autorisation signifie que j'accepte que tout fournisseur énergétique domestique, ma société de services publics incluse, communique des informations statistiques me concernant, y compris sans y être limité : ma consommation énergétique annuelle, mes frais d'électricité, ma consommation de combustible, le type de combustible que j'utilise, mes dépenses annuelles en combustible et mes antécédents de paiements au Bureau d'assistance temporaire et d'invalidité (Office of Temporary and Disability Assistance) de l'État de New York, au district de services sociaux (Social Services District) local et au Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis (United States Department of Health and Human Services) aux fins d'évaluer les performances du Programme d'assistance pour l'énergie résidentielle des foyers à faibles revenus (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).

DIVULGATION DES INFORMATIONS MÉDICALES – J'autorise la communication de toute information médicale me concernant ainsi que celle des membres de ma famille pour lesquels je donne mon autorisation : par mon médecin traitant, les autres prestataires de soins de santé ou le Département de la Santé (Department of Health, DOH) de l'État de New York à mon régime d'assurance maladie et aux prestataires de soins de santé engagés dans les soins qui me sont dispensés ou qui sont dispensés à ma famille, qui sont raisonnablement nécessaires à mon régime d'assurance maladie ou mes prestataires pour fournir les soins, le paiement ou les activités de soins de santé ; par mon régime d'assurance maladie et les prestataires de soins de santé au DOH et aux autres agences fédérales, étatiques et locales autorisées aux fins de l'administration du programme Medicaid ; et, par mon régime d'assurance maladie à d'autres personnes physiques ou morales, qui sont raisonnablement nécessaires à mon régime d'assurance maladie pour fournir les soins, le paiement ou les activités de soins de santé. J'autorise la divulgation de toute information relative à ma santé et à celle des membres de ma famille pour lesquels je peux légalement donner une autorisation, concernant la fourniture d'une assistance et de services et ma capacité à participer à des activités professionnelles, y compris un emploi, au Bureau d'assistance temporaire et d'invalidité (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA), au Bureau des services à l'enfance et aux familles (Office of Children and Family Services, OCFS) de l'État de New York ou au district de services sociaux local, tel que raisonnablement nécessaire pour fournir les allocations d'Assistance publique ; pour les services, y compris les services de protection de l'enfance ; pour déterminer les affectations d'activités professionnelles appropriées ; pour déterminer la nécessité de déposer une demande et pour déposer une demande d'allocations du Revenu supplémentaire de sécurité (Supplemental Security Income, SSI) ; pour établir des plans de traitement appropriés pour rétablir l'employabilité ; et pour déterminer l'admissibilité aux exemptions de la limite de soixante mois de l'État sur la réception de l'aide financière en espèces. Si je dois poser ma candidature pour bénéficier des avantages octroyés par l'administration de la sécurité sociale, les informations indiquées ci-dessus peuvent être partagées avec l'administration de la sécurité sociale. J'accepte également que les renseignements divulgués puissent inclure des informations en matière de VIH, de santé mentale ou de toxicomanie et d'alcoolisme me concernant ainsi que les membres de ma famille, dans les limites autorisées par la loi, sauf si une case est cochée ci-dessus. Si plusieurs adultes de la famille adhèrent au régime

d'assurance maladie Medicaid, la signature de chaque adulte déposant une demande est nécessaire pour le consentement à la divulgation des renseignements. Je comprends que ma capacité à consentir à la divulgation d'informations relatives à un enfant mineur pour lequel je peux donner mon consentement est limitée par la mesure dans laquelle je peux obtenir en leur nom des informations concernant le traitement, le diagnostic et les procédures.

_____ Ne pas divulguer d'informations sur le VIH/SIDA

_____ Ne pas divulguer d'informations sur la drogue et l'alcool

_____ Ne pas divulguer d'informations sur la santé mentale

DIVULGATION D'INFORMATIONS AUX PRESTATAIRES DE SERVICES DE SANTÉ – J'autorise le district de services sociaux et l'État de New York à partager des informations avec les prestataires de services de santé, tels que désignés par le district de services sociaux ou l'État de New York, concernant les allocations d'Assistance publique que moi-même ou tout membre de mon foyer pour lequel je peux légalement donner mon autorisation avons reçues ou sommes en droit de recevoir, dans le but d'améliorer la qualité de mes soins de santé et mon bien-être général, et de faciliter la réception d'allocations supplémentaires auxquelles moi-même ou les membres de mon foyer pouvons avoir droit.

DIVULGATION DES DOSSIERS SCOLAIRES – J'autorise le Département de la Santé de l'État de New York et le district de services sociaux à 1) obtenir toute information concernant les dossiers scolaires me concernant ou concernant mon (mes) enfant(s) mineur(s), ici nommé(s), y compris les informations nécessaires pour demander le remboursement de Medicaid pour les services scolaires liés à la santé et 2) donner à l'agence gouvernementale fédérale appropriée l'accès à ces informations dans le seul but de les vérifier.

DIVULGATION D'INFORMATIONS POUR LE PROGRAMME D'INTERVENTION PRÉCOCE – Si mon enfant est évalué pour le Programme d'intervention précoce (Early Intervention Program) de l'État de New York ou y participe, j'autorise le district de services sociaux et l'État de New York à partager les informations relatives à l'admissibilité de mon enfant au programme Medicaid avec le Programme d'intervention précoce de mon comté ou de ma ville aux fins de facturation du programme Medicaid.

PROGRAMME DE SOINS DESTINÉ AUX ENFANTS ET ADOLESCENTS – Je comprends que si mon enfant est couvert par Medicaid, il peut bénéficier de soins primaires ou de prévention complets, y compris de tout le traitement nécessaire par le biais du Programme de soins destiné aux enfants et adolescents (Child/Teen Health Program). Je peux obtenir plus d'informations sur ce programme auprès du district de services sociaux.

MEDICARE – J'autorise les paiements au titre de « Medicare » (Partie B du Titre XVIII, Programme d'assurance médicale complémentaire [Supplementary Medical Insurance Program]) à être effectués directement aux médecins et aux fournisseurs médicaux sur toutes les factures futures impayées pour les services médicaux et autres services de santé qui me sont prodigués pendant que je suis admissible à Medicaid.

REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX

MEDICAID – Vous avez le droit, dans le cadre de votre **demande** Medicaid ou dans les deux ans suivant la date de votre **demande**, de demander le remboursement des frais que vous avez payés pour des soins, fournitures ou services médicaux couverts reçus au cours de la période de trois mois précédant le mois de votre **demande**. Après la date de votre demande, le remboursement des soins, fournitures ou services médicaux couverts ne sera possible que s'ils sont obtenus auprès de prestataires inscrits à Medicaid.

CESSION D'ASSURANCE/AUTRES PRESTATIONS ET PAIEMENT DIRECT – Pour l'Assistance publique et Medicaid, j'accepte de déposer toute demande de prestations d'assurance maladie ou accident et de faire valoir toute demande d'indemnisation pour blessures corporelles ou toute autre ressource à laquelle je pourrais avoir droit, et je cède par la présente ces ressources au district de services sociaux auquel cette recertification est adressée. En outre, j'aiderai à mettre les prestations attribuées à la disposition du district de services sociaux auquel la présente recertification est adressée.

J'autorise que les paiements qui me sont dus et qui sont dus aux membres de mon foyer au titre des prestations d'assurance maladie ou accident soient versés directement au district de services sociaux approprié pour les services médicaux et autres services de santé fournis pendant que nous sommes admissibles à Medicaid.

RECouvreMENTS MEDICAID – À la réception des prestations Medicaid, un privilège peut être déposé et un recouvrement peut être effectué sur vos biens immobiliers dans certaines circonstances si vous êtes dans un établissement médical et qu'il n'est pas prévu que vous rentriez chez vous. L'AM payée en votre nom peut être récupérée auprès des personnes qui avaient la responsabilité légale de subvenir à vos besoins au moment où les services médicaux ont été obtenus. L'AM peut également récupérer le coût des services et des primes indûment payés.

Je comprends qu'à partir du 1er avril 2014, si je bénéficie de Medicaid par l'intermédiaire de New York State of Health :

- aucun privilège ne sera placé sur mes biens immobiliers avant mon décès ;

- Le recouvrement des actifs de ma succession à mon décès est limité au montant payé par Medicaid pour le coût de l'établissement de soins infirmiers, des services de soins à domicile et communautaires, et des services hospitaliers et de prescription de médicaments connexes reçus à partir de mon 55e anniversaire.

RECouvreMENTS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE – L'Assistance publique (AP) que vous recevez pour vous-même et pour les personnes dont vous êtes légalement responsable de subvenir à leurs besoins est recouvrable sur les biens ou l'argent que vous possédez ou pouvez acquérir. Il peut vous être demandé, comme condition pour recevoir l'AP, de signer un acte ou une hypothèque sur un bien immobilier que vous possédez. Vos remboursements d'impôt et une partie de vos gains de loterie peuvent être utilisés pour rembourser votre dette au titre de l'AP.

AUTORISATION DE REVERSER LES ALLOCATIONS D'ASSISTANCE PUBLIQUE DU REVENU DE SÉCURITÉ SUPPLÉMENTAIRE – J'autorise le Commissaire de l'Administration de la Sécurité sociale (Social Security Administration, SSA) à utiliser mon premier paiement de Revenu supplémentaire de sécurité (Supplemental Security Income, SSI) [c.-à-d. mon paiement SSI rétroactif] pour le remboursement au district de services sociaux (Social Services District, SSD) de l'Assistance publique (AP) que le SSD me verse sur les fonds publics nationaux ou locaux pendant que la SSA décide si je peux bénéficier du SSI. La SSA ne remboursera pas au SSD l'AP versée sur des fonds fédéraux.

Cette autorisation deviendra exécutoire uniquement si l'État informe la SSA qu'un représentant du SSD et moi-même l'avons signée. L'État dispose d'un délai de 30 jours civils pour l'informer que mon dossier SSI et mon dossier national correspondent. La SSA ne l'acceptera pas au-delà de ce délai. Une fois le délai dépassé, la SSA m'enverra mon paiement SSI rétroactif conformément aux règles de la SSA.

Seul mon premier paiement de SSI peut être utilisé. Si mon premier paiement est supérieur au montant dû au SSD, la SSA m'enverra le solde conformément à ses règles.

La SSA peut rembourser le SSD dans les deux situations suivantes :

- (1) elle remboursera le SSD si je fais la demande de SSI et que la SSA décide que je remplis les critères d'admissibilité ;
- (2) elle remboursera le SSD si mes allocations de SSI sont rétablies après la résiliation ou la suspension.

La SSA remboursera au SSD l'AP qu'elle m'a versée exclusivement pendant le délai d'attente de décision de la SSA concernant mon admissibilité. C'est ce qu'on appelle une « assistance provisoire ». La période débute : (1) au premier mois où je deviens admissible pour le paiement des allocations SSI ou (2) le premier jour où ma SSI est rétablie après sa suspension ou sa résiliation. La période inclut le mois où ont réellement débuté les paiements de SSI. Si le SSD ne peut pas stopper mon dernier paiement d'AP, la période se termine le mois suivant.

Au plus tard dix jours après le remboursement de la SSA au SSD, ce dernier devra m'envoyer un avis m'informant du montant de l'aide provisoire versé. L'avis précisera également que la SSA m'enverra un courrier m'informant de la manière dont un solde éventuel de SSI me sera versé par la SSA et, si je conteste une décision de l'État, comment je peux faire appel de cette décision.

Conformément à ses règles, la SSA peut utiliser la date où je signe la présente autorisation comme date de début d'admissibilité au SSI. Cela sera possible uniquement si je fais la demande de SSI dans les 60 prochains jours.

La présente autorisation concerne n'importe quelle demande de SSI ou n'importe quel appel en cours auprès de la SSA. La présente autorisation expirera une fois qu'une décision définitive aura été rendue pour mon dossier SSI. Elle expirera dès que j'aurai reçu le premier versement de SSA. L'État et moi-même pouvons également convenir de mettre fin à l'autorisation. Je devrai signer une nouvelle autorisation conforme aux règles de l'État de New York si je renouvelle ma demande de SSI après l'expiration de la présente autorisation ou si je fais une nouvelle demande de SSI alors que j'ai une demande de SSI ou un appel en cours.

Je pourrai demander une audience équitable si je conteste une décision rendue par le SSD à propos d'un remboursement.

J'ai reçu un exemplaire de la brochure intitulée « What You Should Know About Social Services Programs » (Ce que vous devez savoir sur les programmes d'aide sociale). Je comprends son contenu à propos de l'aide provisoire.

SUPPORT – Le fait de demander ou de bénéficier de l'assistance familiale (Family Assistance, FA), de l'assistance « filet de sécurité » (SNA) ou d'un placement en famille d'accueil au titre IV-E équivaut à une cession à l'État et au district de services sociaux de tous les droits à l'aide de toute autre personne que le demandeur ou le bénéficiaire peut avoir en son nom propre ou au nom de tout autre membre de la famille pour lequel le demandeur ou le bénéficiaire demande ou reçoit une aide (législation relative aux services sociaux [Social Services Law], sections 158 et 348). Cette cession est limitée dans certaines situations. D'autres sections de cette recertification contiennent des cessions supplémentaires.

CESSION DE DROITS À UNE AIDE – Je cède à l'État et au district de services sociaux tous les droits que j'ai en matière d'aide de la part des personnes ayant la responsabilité légale de subvenir à mes besoins et tous les droits que j'ai en matière d'aide au nom de tout membre de la famille pour lequel je demande ou reçois une aide. Lorsque je demande ou reçois une assistance familiale ou une assistance « filet de sécurité », ma cession des droits à une aide est limitée à l'aide qui s'accumule pendant la période où moi-même ou un membre de ma famille recevons une aide. Toutefois, les droits à une aide que j'ai cédés à l'État en mon nom ou au nom d'un membre de ma famille avant le 1er octobre 2009 continuent d'être cédés à l'État.

PROGRAMME D'ASSISTANCE POUR L'ÉNERGIE RÉSIDENIELLE – Je comprends qu'en signant la présente demande/certification, j'accepte toute enquête visant à vérifier ou confirmer les informations que j'ai fournies et à toute autre enquête diligentée par une agence gouvernementale agréée en relation avec les allocations du Programme d'assistance pour l'énergie résidentielle (Home Energy Assistance Program, HEAP). J'accepte également que les informations fournies dans le présent formulaire de recertification soient utilisées comme référence aux programmes d'aide à la protection contre les intempéries (Weatherization Assistance Programs) et aux programmes de ma société de services publics en matière de faibles revenus.

Je comprends que l'État utilisera mon numéro de Sécurité sociale pour vérifier si je perçois des allocations HEAP auprès de mes fournisseurs énergétiques domestiques. Cette autorisation signifie que j'accepte que tout fournisseur énergétique domestique, ma société de services publics incluse, communique des informations statistiques me concernant, y compris sans y être limité : ma consommation énergétique annuelle, mes frais d'électricité, ma consommation de combustible, le type de combustible que j'utilise, mes dépenses annuelles en combustible et mes antécédents de paiements au Bureau d'assistance temporaire et d'invalidité de l'État de New York, au district de services sociaux local et au Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis aux fins d'évaluer les performances du Programme d'assistance pour l'énergie résidentielle des foyers à faibles revenus.

INFORMATIONS SUR LES AGRESSIONS SEXUELLES – Si vous êtes victime d'une agression sexuelle, vous avez le droit de demander des informations de renvoi auprès du district de services sociaux. Si vous demandez des informations de renvoi, le district de services sociaux doit vous fournir les adresses et les numéros de téléphone : 1) des hôpitaux locaux offrant des services d'examen médico-légal des agressions sexuelles certifiés par le Département de la Santé de l'État de New York ; 2) des centres locaux d'aide aux victimes de viol ; et 3) des services locaux de défense, de conseil et d'assistance téléphonique adaptés aux victimes d'agressions sexuelles. En outre, le district de services sociaux doit vous fournir les numéros de la ligne d'assistance téléphonique de l'État de New York pour les agressions sexuelles et les violences familiales : (800) 942-6906 et (800) 818-0656 (téléscripteur).

CERTIFICATION POUR L'AIDE À LA GARDE D'ENFANTS – Si je demande une aide à la garde d'enfants (Child Care Assistance), je certifie que mes ressources familiales ne dépassent pas 1 000 000 \$.

J'ai lu et je comprends les avis ci-dessus. Je comprends et j'accepte les cessions, autorisations et consentements ci-dessus. Je jure ou j'affirme, sous peine de parjure, que les informations que j'ai indiquées ou que j'indiquerai au district de services sociaux sont complètes et correctes.

SIGNATURE DU DEMANDEUR (DE LA DEMANDERESSE)	DATE DE SIGNATURE	SIGNATURE DU (DE LA) CONJOINT(E) OU DU (DE LA) REPRÉSENTANT(E) DES SERVICES DE PROTECTION	DATE DE SIGNATURE
x		x	
SIGNATURE DU (DE LA) REPRÉSENTANT(E) AGRÉÉ(E)	DATE DE SIGNATURE		
x			

NE REMPLISSEZ CE QUI SUIT QUE SI VOUS SOUHAITEZ CLÔTURER VOTRE DOSSIER POUR UN OU PLUSIEURS PROGRAMMES.

JE DEMANDE LA CLÔTURE DE MON DOSSIER POUR :

Assistance publique Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire Assistance médicale

Je comprends que je peux déposer une nouvelle demande à tout moment.

Indiquez une raison : _____

Signature x _____

Date _____



NYS Agency-Based Voter Registration Form

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

- YES** If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below
- NO** because I choose not to register **OR**
- I am already registered at my current address **OR**
- I asked for and received a mail registration form

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

Signature _____ Date _____ / _____ / _____

Please Print Name _____

Important!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency. If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683

으로 전화하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ই-ইলেক্ট্রনিক পথে চালাতে চান তবে 1-800-367-8683 নম্বরে (ফোন করুন)

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink** Yes, I would like to be an Election Day worker

1	Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO , do not complete this form	2	A) Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO to both of the prior questions, you cannot register to vote.
3	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____		
4	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____		For Board Use Only
5	Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____		
6	Date of Birth	Gender (optional)	Telephone (optional)
	7	8	Email (optional)
10	The last year you voted _____ Your address was (give house number, street and city) _____ In county/state _____ Under the name (if different from your name now) 9 _____		
11	Political Party I wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Other _____ I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter <input type="checkbox"/> No party		
12	Affidavit: I swear or affirm that <ul style="list-style-type: none"> • I am a citizen of the United States. • I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. • I will meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line below. • The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years. 		
	ID Number (Check the applicable box and provide your number)	New York State DMV number _____	Last four digits of your Social Security number _____
		<input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number	Signature or Mark in ink _____ Date _____ / _____ / _____

(Optional) Register to donate your organs and tissues



Last Name _____		
First Name _____	Middle Initial _____	Suffix _____
Address _____		
Apt Number _____	City/Town/Village _____	Zip Code _____
Birth Date _____	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Eye Color _____	Height _____ Ft. _____ In.	
Email _____	DMV or ID NYC Number _____	

By signing below, you certify that you are:

- 16 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS Donate Life Registry for enrollment;
- And authorizing the Registry to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health hospitals upon your death.

Signature _____

Date _____ / _____ / _____

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment;
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age.

To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison for a felony conviction;
- not claim the right to vote elsewhere; and
- not found to be incompetent by a court.

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;
or visit our web site - www.elections.ny.gov

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

To complete this form:

It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.

Box 9: You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

Box 10: If you have never voted before, write "None." If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same."

Box 11: Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.